|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-01204R (07/2022) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ – ПРОГРАММА IRIS****NOTICE OF ACTION – IRIS PROGRAM** |
| Имя участника (фамилия, имя)      | Issuing IRIS AgencyICA |
| Контрольный номер NOA      | Дата принятия решения      | Дата вступления в силу      |
| Настоящим уведомлением ставим Вас в известность, что по программе IRIS мы приняли решение select action Вам       |
| Данное решение было принято на основании следующего: |
| [ ]  Определение специализированной транспортировки не предусматривает выплату компенсации самому себе. |
| [ ]  Ваш запрос не соответствует определению услуги альтернативной программы IRIS (Medicaid Waiver Service). |
| [ ]  Ваш запрос не соответствует определению специализированных товаров, услуг или поддержки (Customized Goods, Service, or Support). |
| [ ]  Ваш запрос не является эффективным способом обеспечения Ваших целей. |
| [ ]  Ваш запрос не считается безопасным способом обеспечения Ваших целей. |
| [ ]  Ваш запрос не считается наиболее финансово выгодным способом обеспечения Ваших целей. |
| [ ]  Установлено, что заявка была подана с мошенническими целями. |
| [ ]  Рассмотренная заявка покрывается планом Medicaid штата (Medicaid State Plan). |
| [ ]  Рассмотренная заявка не покрывается утвержденным планом. |
|

|  |
| --- |
| [ ]  У Вас имеется неоплаченная доля расходов, которую необходимо оплатить, прежде чем вы сможете повторно зарегистрироваться в программе. |

 |
|

|  |
| --- |
| [ ]  Вы были ранее исключены из программы из-за бюджета и/или полномочий работодателя. |

 |
|

|  |
| --- |
| [ ]  Вы не разработали план IRIS. |

 |
| [ ]  Представленной на сегодня документации недостаточно для обоснования Вашей заявки. |
| [ ]  Вы не можете оставаться в программе IRIS из-за несоответствия функциональным критериям. |
| [ ]  Для обеспечения Ваших целей данный товар, услуга или поддержка не требуются. |
| [ ]  Условия, в которых Вы проживаете, не дают Вам право на сохранение участия в IRIS. |
| [ ]  Вы не выполнили требования к поддержанию контакта. |
| [ ]  Ваши цели уже обеспечиваются другим способом, и заявка дублирует имеющиеся услуги. |
| [ ]  Предоставляемый товар, услуга или поддержка были утверждены ошибочно. |
| [ ]  Данный товар, услуга или поддержка не предусмотрены утвержденной альтернативной программой HCBS (HCBS Waiver). |
| [ ]  То, о чем Вы просите, противоречит политике IRIS (IRIS Policy). |
| [ ]  Вы не отвечаете критериям, установленным для получения дополнительной помощи SSI-E Supplemental Benefit |
| [ ]  Вы не имеете права на услуги самоуправляемого личного ухода. |
| А именно,       |